W4
518
1905.

Miranda, O. da S.

THESE INAUGURAL

DE

# Olympio da Silva Miranda

Faculdade de Medicina da Bahia

# THESE

APRESENTADA Á

## FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Em 31 de Outubro de 1905**

PARA SER DEFENDIDA POR


**Olympio da Silva Miranda**

(Interno de Clinica Ophtalmologica)

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA


AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

## DOUTOR EM MEDICINA

> O medico é o campeão da vida, o adversario da morte. Por toda parte onde elle acha a vida sustenta-a; por toda parte ónde encontra a morte combate-a.
>
> A. DUMAS.

---

**DISSERTAÇÃO**

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

**AMBLYOPIA TOXICA**

**(Alcool e tabaco)**

---

PROPOSIÇÕES

*Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas*


BAHIA

**Typographia do Salvador**

1905

# Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

## Lentes cathedraticos

| OS DRS. | MATERIAS QUE LECCIONAM |
|---|---|
| | 1.ª SECÇÃO |
| J. Carneiro de Campos. . . . . . | Anatomia descriptiva. |
| Carlos Freitas. . . . . . . . . . | Anatomia medico-cirurgica. |
| | 2.ª SECÇÃO |
| Antonio Pacifico Pereira. . . . | Histologia |
| Augusto C. Vianna. . . . . . . | Bacteriologia |
| Guilherme Pereira Rebello. . . . | Anatomia e Physiologia pathologicas |
| | 3.ª SECÇÃO |
| Manuel José de Araujo . . . . . . | Physiologia. |
| José Eduardo F. de Carvalho Filho. . | Therapeutica. |
| | 4.ª SECÇÃO |
| Raymundo Nina Rodrigues. . . . | Medicina legal e Toxicologia. |
| Luiz Anselmo da Fonseca. . . . . | Hygiene. |
| | 5.ª SECÇÃO |
| Braz Hermenegildo do Amaral . . | Pathologia cirurgica. |
| Fortunato Augusto da Silva Junior . | Operações e apparelhos |
| Antonio Pacheco Mendes . . . . | Clinica cirurgica, 1.ª cadeira |
| Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia . | Clinica cirurgica, 2.ª cadeira |
| | 6.ª SECÇÃO |
| Aurelio R. Vianna. . . . . . . . . | Pathologia medica. |
| Alfredo Britto . . . . . . . . . | Clinica propedeutica. |
| Anisio Circundes de Carvalho. . . | Clinica medica 1.ª cadeira. |
| Francisco Braulio Pereira. . . . . | Clinica medica 2.ª cadeira |
| | 7.ª SECÇÃO |
| José Rodrigues da Costa Dorea . . | Historia natural medica. |
| A. Victorio de Araujo Falcão . . . | Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular. |
| José Olympio de Azevedo . . . . | Chimica medica. |
| | 8.ª SECÇÃO |
| Deocleciano Ramos. . . . . . . . | Obstetricia |
| Climerio Cardoso de Oliveira . . . | Clinica obstetrica e gynecologica. |
| | 9.ª SECÇÃO |
| Frederico de Castro Rebello . . . . | Clinica pediatrica |
| | 10. SECÇÃO |
| Francisco dos Santos Pereira. . . | Clinica ophtalmologica. |
| | 11. SECÇÃO |
| Alexandre E. de Castro Cerqueira . | Clinica dermatologica e syphiligraphica |
| | 12. SECÇÃO |
| J. Tillemont Fontes . . . . . . . | Clinica psychiatrica e de molestias nervosas. |
| João E. de Castro Cerqueira . . . | Em disponibilidade |
| Sebastião Cardoso . . . . . . . . | Em disponibilidade |

## Lentes Substitutos

| OS DOUTORES | |
|---|---|
| José Affonso de Carvalho (interino. . . | 1.ª secção |
| Gonçalo Moniz Sodré de Aragão . . . | 2.ª » |
| Pedro Luiz Celestino . . . . . . . | 3.ª |
| Josino Correia Cotias. . . . . . . | 4.ª » |
| Antonino Baptista dos Anjos (interino) . | 5.ª |
| João Americo Garcez Fróes. . . . . | 6.ª » |
| Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans. . . . . . . . . . . | 7.ª » |
| J. Adeodato de Sou a . . . . . . . | 8.ª |
| Alfredo Ferreira de Magalhães . . . | 9.ª » |
| Clodoaldo de Andrade. . . . . . . | 10. » |
| Carlos Ferreira Santos . . . . . . . | 11. » |
| Luiz Pinto de Carvalho (interino) . . . | 12. » |

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas these pelos seus auctores

S 1853

# LIGEIRO EXORDIO

Compellido, por um dever que nos impõe a Lei, a apresentar um trabalho como ultima prova de nossas lides academicas e attrahido pela natureza do assumpto, escolhemos para ponto de nossa dissertação o estudo da « Amblyopia toxica. »

Para attingir o fim a que nos impelliu o dever, julgamos necessario dividir o nosso despretencioso trabalho em sete capitulos: 1.° agentes da intoxicação; 2.° etiologia; 3.° pathogenia e anatomia pathologica; 4.° estudo clinico; 5.° evolução e prognostico; 6.° diagnostico; 7.° tratamento.

Ao terminar, cabe-nos o grato dever de patentear aqui os protestos do nosso mais profundo reconhecimento ao preclaro Mestre Dr. Francisco dos Santos Pereira, pelas provas de affectuosa distincção com que sempre nos honrou.

*O Auctor,*

# DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

# Amblyopia toxica

(Alcool e tabaco)

## I

# Agentes da intoxicação

Dentre os numerosos agentes que têm concorrido para o aniquilamento da saúde do homem, estão o tabaco e o alcool, cujo consumo, no Brazil, augmenta progressivamente.

O alcool e a nicotina pertencem á categoria das substancias que actuam especialmente sobre o systema nervoso, e em particular sobre o apparelho nervoso optico. Certamente, estas perturbações profundas do systema nervoso não resultam do uso moderado, mas somente do abuso do alcool e do tabaco.

Com effeito, um orgão tão sensivel como o olho, não poderia escapar á nefasta influencia desses toxicos.

Data dos estudos de Mackenzie o conhecimento da amblyopia nicotinica, de modo que na actualidade todos os ophtalmologistas estão accordes em pensar com Desmarres, Sichel, Hutchinson, Nettleship, Wordsworth, Critchett, Masselon e muitos outros, que demonstraram a influencia que o tabaco exerce sobre a importante funcção visual.

Galezowski a principio negava a influencia do

fumo sobre a amblyopia, mas depois, diante dos factos confessou-se vencido.

Por sua vez, o conhecimento da amblyopia alcoolica data de epoca ainda mais remota.

O principio fundamental das bebidas alcoolicas é constituido pelo alcool; entretanto não é só o ethylico ou vinico o contido nellas; em toda parte a natureza collocou diversas especies de substancias, que fermentadas ou distilladas podem produzil-o.

Onde não existe a vinha, ha a canna de assucar, a beterraba, os cereaes, fructos, a serragem da madeira, etc., que são outras tantas fontes que a industria aproveita. Assim, os productos obtidos de materiaes aliás diversos, encerram uma variavel porporção de alcooes differentes, variando tambem o seu poder toxico.

O alcool ethylico é considerado como o menos toxico; o methylico tem acção energica; mas, segundo alguns auctores, pode ser substituido ao ordinario, sem muito inconveniente; por outros, porem, elle é considerado como muito mais toxico. A estes seguem-se os alcooes propylico, butylico e amylico, extrahidos de vegetaes diversos e gozando de toxidez em maior escala, como se deprehende das pesquizas de Pelletan, Dujardin Beaumetz e outros.

Finalmente, os não rectificados, os inferiores, preparados dos cereaes, etc., são os mais nocivos.

Avaliamos quão preciosas são estas observações dos auctores, e que de esforços não devemos invidar afim de que se tornem mais moderados os estragos trazidos pelo abuso das bebidas alcoolicas, tanto mais quanto são de má qualidade.

Para perder sua toxidez, os alcooes devem ser rectificados, desembaraçados das impurezas numerosas e dos alcooes secundarios supra mencionados, desenvolvidos por um fabrico imperfeito; submettidos a esta depuração, tornam-se mais inoffensivos, mas actualmente, a falta de vigilancia sufficiente, e o receio de fazer perder á aguardente este gosto acre e forte, tão procurado pelos amadores, os rectificam incompletamente.

Estes alcooes encontram-se ainda na fabricação dos licores diversos, aperitivos em particular tão espalhados hodiernamente nos grandes centros; e á má qualidade da materia prima se accrescenta mais a acção de essencias destinadas a dar o aroma apropriado: essencias de cognac, rhum, absintho, vermuth, bitter, etc.

Os vinhos tambem não escapam ás falsificações. São alcoolizados a 14° e 15°, mas por meio de alcooes dos mais perigosos. Além disso, na molhagem, utiliza-se com muito gosto de glycoses do commercio contendo acidos sulfurico e chlorhydrico.

Assim pois, duas causas nos explicam os perigos crescentes do alcoolismo aos quaes o olho—este

reactivo tão poderoso do alcool—não poderia escapar; é primeiramente o abuso dos licores alcoolicos que vem como causa primordial do envenenamento; e depois, o facto de por-se em circulação alcooes secundarios que augmentam o effeito e duplicam o poder toxico do agente.

Ao lado do alcoolismo e de ordinario parallelamente a elle, colloca-se o tabagismo que tambem produz no organismo humano graves perturbações.

O fumo este veneno traiçoeiro, que enfraquece, que destróe e que assassina lentamente o homem. Esta hydra, este novo minotauro que produz mais devastações do que a peste, do que o cholera, e do que a guerra.

E não nos tachem de exagerado, não nos considerem intransigente, que nós não vimos aqui como uma visão apocalytica abrir o livro dos sete circulos e mostrar o fogo do inferno aos que usam moderadamente do tabaco.

O povo geralmente não acredita que o habito de fumar possa causar damno algum. Revolta-se até contra aquelles que o condemnam, chamando-os de visionarios e innovadores.

E' um facto muito notavel este, do povo attribuir a genese das molestias que o affligem a tudo que o cerca, menos aos máos habitos que adquirio.

Culpa-se o meio, culpa-se o clima, culpa-se o

alimento, e entretanto ninguem se lembra dos cigarros que se consome, dos charutos que se fuma, do rapé que se introduz pelas fossas nasaes, e do alcool que se bebe.

O fumo é um amigo do homem, porêm é um amigo falso e trahidor.

No Brasil onde o fumo é cultivado em larga escala, constitue um grande elemento de riqueza, pricipalmente nos Estados da Bahia, Minas, Goyaz, Pará e Amazonas.

O sabio Vauquelin, estudando chimicamente as folhas do fumo, descobriu, em 1808, « um principio acre, volatil, soluvel n'agua e no alcool » ao qual o referido sabio attribuio as propriedades venenosas do tabaco. Este principio denominado nicotina tem por formula chimica $C^{20}$ $H^{14}$ $Az^{2}$.

As pesquizas de Magnus Hüs e Kuster mostram o alcoolismo atacando primeiramente o tubo digestivo e o systema nervoso, antes de attingir francamente o nervo optico; d'ahi a importancia da apparição de perturbações oculares a qual auxilia a diagnosticar o gráo de intoxicação do organismo.

Devemos dizer todavia que em certos alcoolatas e fumantes principalmente, a intolerancia manifesta-se frequentes vezes, de uma maneira pecose, por perturbações sérias da visão; um rigoroso exame local poderá pois salvaguardar a saúde inteira.

Estabelecidos estes dados elementares, sendo indispensaveis para bem explicar a gravidade dos accidentes, entremos em nosso assumpto e comecemos por indagar que parte relativa deve ser attribuida ao alcool e ao tabaco na genese das perturbações visuaes.

Que a intoxicação seja ordinariamente mixta, que os máos effeitos sobre o nervo optico das aldehydes e da nicotina se ajuntem um ao outro reforçando-a, isto é indiscutivel, mas a qual dos dous cabe a accusação?

Desde 1874, com Magnas Hüs, a maior parte dos ophtalmologistas criminaram particularmente o abuso do alcool, o que quadra bem com as propriedades que reconhecemos a este agente. O facto seguinte vem ao apoio desta opinião: Cuba onde se fuma muito é relativamente indemne de amblyopias toxicas; durante a guerra, o consumo de alcool augmentou muito na ilha, e ao mesmo tempo appareceram casos de amblyopia de uma gravidade assás notavel.

Por outro lado, a eschola ingleza attribue ao tabaco uma grande parte dos accidentes; é o que resulta de uma importante discussão da *Society aphtalmology* de junho 1887, á qual tomaram parte e no mesmo parecer Crichett, Nettleship, Pooley, Hutchinson, etc. O argumeuto principal foi o seguinte: si amblyopes intoxicados deixarem de fumar, persistindo

ainda em seus habitos alcoolicos, vêm melhorar seus incommodos visuaes. Sim, mas a melhora teria sido mais rapida e mais completa, se abstivessem completamente de sua intemperança; é pelo menos o que nos achamos autorizado a responder no que diz respeito ao nosso paiz onde o ethylismo prima sobre o nicotinismo em grandes proporções.

Assim como estabeleceu o professor Panas, a intoxicação mixta comprehende mais da metade dos casos; a acção do alcool só é manifesta numa menor proporção, a do tabaco é ainda mais restricta.

## II

# Etiologia

Vejamos agora quaes as condições que favorecem a apparição e o desenvolvimento dos accidentes.

O alcoolismo agudo pode acompanhar-se de perturbações oculares. Os factos de Mackenzie, Denette, referidos no tratado do professor Panas, fazem fé; é a amblyopia fulminante mas não duravel si o doente não succumbir a outros accidentes.

Quasi sempre trata-se de alcoolismo chronico, de uma intoxicação lenta mas contínua se traduzindo a pouco e pouco por lesões que não se encontra na intoxicação subita.

Em grande numero de doentes, encontra-se o mesmo habito funesto: a aguardente é ingerida em jejum pela manhã; a absorpção é tão completa quanto possivel. Salientamos tambem a acção dos licôres e principalmente dos aperitivos que tantos individuos tomam fóra de suas refeições. As bebidas alcoolicas tomadas na occasião da comida parecem menos perigosas, salvo, bem entendido, em quantidade excessiva.

A influencia das profissões é innegavel: quer se trate de absorpção estomacal nos individuos cujos

misteres ou habitos induzam a beber ( carroceiros, cosinheiros, etc. ); quer de absorpção pulmonar ( commerciantes, distilladores ), os vapores do alcool bastando para produzir os accidentes.

Collocam-se, depois, em primeiro logar, as condições hygienicas, tão importantes na intoxicação: um doente se nutre mal, muita vez substitue os alimentos pelo alcool que prefere; fatiga-se, cança-se, sem procurar exercicio physico que lhe é necessario; tantas causas que o põem num estado de inferioridade manifesta e accceleram a marcha dos occidentes. A influencia do exercicio em pleno ar não nos parece discutivel. Tem-se notado que os individuos trabalhando em pleno ar resistem melhor a influencia toxica do alcool. Isto se comprehende, porquanto fazem uma maior despeza de forças, e conseguintemente, queimam uma maior quantidade de alcool; este ultimo não se estagna nos orgãos e nos humores. A amblyopia alcoolica é certamente mais frequente nos alcoolatas de vida sedentaria, por exemplo: taverneiros, officiaes que verificam a boa qualidade das bebidas, etc., individuos que passam a maior parte de sua existencia nas tavernas.

Sabe-se que certas causas occasionaes fazem surgir subitamente accidentes agudos: *delirium tremens*, por exemplo, podem determinar egualmente a apparição de manifestações occulares; assim, por exemplo, a acção de um subito resfriamento, a suppressão

de uma ração habitual de aguardente; alem das emoções moraes vivas: pezares, afflicções, etc.

Sob o ponto de vista das disposições individuaes, cumpre não desprezar a influencia da hereditariedade.

Ao lado da amblyopia alcoolica, e parellelamente a ella, devemos estudar agora a amblyopia de origem nicotinica.

Aqui é preciso levarmos em conta a quantidade do producto toxico, 15 grammas por dia representam uma dose maxima para um adulto, segundo Hutchinson. O envenenamento é lento, ha uma verdadeira armazenagem; é o que nos explica como accidentes apparecem em individuos tendo restringido ou mesmo supprimido seu consumo diario.

Ao lado da questão quantidade, colloca-se a questão qualidade, não menos importante certamente na questão de amblyopia ou outros effeitos do tabagismo.

Todos sabem quanto são relativamente pouco carregados em nicotina os productos orientaes confrontados com os da America do Norte e do Brasil. Os mais perigosos são exactamente os tabacos avariados e que soffreram a acção da humidade: quanto mais deseccado for o tabaco, será tanto menos toxico.

Demais, devemos tambem levar em conta as predisposições individuaes. Tal individuo, por exemplo não poderá fumar alguns cigarros sem que sobreve-

nha perturbações capazes de repercutirem sobre o olho; tal outro terá o habito de fumar de um modo exaggerado durante muito tempo sem apresentar signaes de intoxicação. Esta questão de individualidade pode pois primar sobre todas as outras e o abuso não ser indispensavel á amblyopia. Um outro ponto a assignalar tambem é a falta de resistencia nas mulheres ou nos adolescentes.

A profissão expõe, tambem, ainda que se pareça ter exaggerado a sua influencia. Uma atmosphera de nicotina não deixa de ser perigosa, do mesmo modo que os vapores alcoolicos. Operarios e operarias de manufactura, apezar da pequena quantidade de tabaco que consomem têm apresentado entretanto o escotoma caracteristico.

Existe no tabaco fumado duas partes distinctas: uma gazoza, contendo um pouco mais do quarto de nicotina, a outra distillada, mais consideravel se depondo pelo resfriamento e na qual se encontram os productos mais toxicos: os cyanuretos em particular. Donde a necessidade de se interpor entre o tabaco e a bocca do fumante um cachimbo com recipiente e tubo tão longo quanto possivel, com o fim de evitar o calor do fóco da combustão e a dissolução dos principios do fumo na saliva. A fumaça percorrendo um caminho mais longo deposita nas paredes do tubo uma certa quantidade de nicotina.

Como outras precauções uteis contra a alteração

do nervo optico, é preciso aconselhar que se evite fumar em jejum, tragar a fumaça ou a saliva, finalmente não fumar até a ponta do charuto ou cigarro, porque então a nicotina que está condensada é volatilizada e absorvida.

Aproveitemos agora a opportunidade para responder a uma objecção feita á entidade da amblyopia nicotinica; queremos falar de sua raridade nos Orientaes que certamente fazem abuso do tabaco.

Por um lado, o tabaco bem preparado e secco contem uma pequena quantidade de principios nocivos. Por outro, elle é fumado em longos cachimbos, nos *narghilés* onde a nicotina se depõe em totalidade e onde os productos acres e irritantes ficam afastados do contacto da mucosa buccal.

Pelas mesmas causas de absorpção, collocamos o tabaco mascado em primeiro logar entre os agentes da alteração ocular; e depois que os marinheiros substituiram o uso da masca pelo do cachimbo os accidentes diminuiram entre elles.

O rapé parece menos perigoso, o que é devido á quantidade minima empregada e á influencia do escoamento nasal que arrasta em parte o agente depositado na superficie da pituitaria.

Realmente, é o tabaco fumado que entre nós é passivel das maiores culpas: cachimbos de tubos curtos e mal asseiados, charutos humidos, cigarros são causas de intoxicação por deglutinação da fumaça.

A affecção, quer pertença ao typo mixto ou dissociado, desenvolve-se principalmente na edade media da vida e ataca o sexo masculino de peferencia, o que é devido ao genero de existencia e aos habitos já adquiridos neste periodo da vida.

Todavia, sendo dados: a precocidade actual dos excessos de toda especie ( rapazes tornando-se facilmente fumantes e alcoolatas ), a menor resistencia da economia, o *surmenage* tão frequente nesta edade, não é de admirar que se observe accidentes particularmente graves em rapazes tendo attingido ou excedido apenas seus 20 annos. E' na edade de 30 a 50 annos que se observa mais amblyopes ; passados os 60, a immunidade é por assim dizer adquirida, posto que Uhtoff tenha observado casos de amblyopia em velhos de 80 annos.

Por outro lado, a mulher não deve ser considerada como ao abrigo dos accidentes (donde embaraços para o diagnostico), porque ella pode ser predisposta por habitos adquiridos no exercicio da sua profissão ( cosinheira, operaria de manufactura, etc. )

## III

# Pathogenia e Anatomia Pathologica

A affecção que nos occupa pertence ao grupo das polynevrites foi intoxicação, tendo por padrão as nevrites infectuosas; é uma nevrite de ordem peripherica á qual pode achar-se superajuntada, em casos excepcionaes, uma lesão central,

A Samelshn coube o merito de ter mostrado, em 1882, que se tratava de uma nevrite intersticial diffusa, isto é com hyperplasia do elemento conjunctivo, proliferação de nucleos e neoformações vasculares e na qual os elementos nervosos estavam alterados não primitivamente como nas atrophias tabeticas mas secundariamente por compressão, donde abolição da conductibilidade dos tubos nevroglicos, tardia e incompleta de ordinario.

A lesão é axil; localiza-se sobre a porção central do nervo optico que tende ao processo atrophico a medida que a lesão augmenta de intensidade; a alteração attinge com o andar do tempo as regiões periphericas e com tendencia a tornar-se total.

Assesta-se na porção intra-orbitaria do nervo, de sua porção intracanalicular ( buraco optico ) ao globo do olho, donde o nome de nevrite retro-bulbar, e

durante muito tempo ahi fica limitada. Entretanto, Uhtoff viu-a em varios casos exceder a porção do nervo optico correspondente ao buraco optico.

Si uma porção mais ou menos approximada do bolbo for attingida, os phenomenos papillares serão mais ou menos nitidos ou precoces. Ao microscopio, a lesão apresenta-se sobre o feixe macular esclerosado ao córte, em fórma de cone de base temporal e de vertice interno.

Si as lesões invadirem a porção intra-ocular, são os fibras nervosas da papilla que serão atacadas. Si interessarem a porção intra-craneana, serão observadas no nivel do chiasma e das faixas opticas sob a forma de atrophia descendente simples.

Resumindo, lesão peripherica, á qual se junta, nos casos graves, uma degeneração central propagando-se aos centros visuaes encephalicos.

## IV

# Estudo clinico

A affecção segue duas phases bem distinctas: o primeiro periodo: periodo retro bulbar; o segundo: periodo papillar, proprio aos casos graves e inveterados.

Estudemos, em primeiro logar, a forma ordinaria da amblyopia toxica, e, logo em seguida, trataremos da forma grave.

A molestia pode principar subitamente em casos excepcionaes de amblyopia aguda e apresentar repentinamente o seu maximo de gravidade, como se deprehende da observação seguinte:

J. T., 52 annos, preto, casado, roceiro, apresentou-se á Clinica Ophtalmologica, a cargo do nosso illustrado Mestre Dr. Santos Pereira, em 28 de Agosto de 1904, queixando-se de um abaixamento muito pronunciado da vista em ambos os olhos. Confessou que abusava consideravelmente do alcool e do tabaco, sobretudo do primeiro. Disse-nos estar atacado desta affecção ha seis mezes, e referiu-nos que o começo foi muito rapido, por assim dizer fulminante. Repentinamente foi acommettido de um atordoamento, de vertigens, e

notou em seguida que não via mais os objectos e as pessôos que estavam perto delle. Desde então este enfraquecimento da vista persistiu, augmentando mui lentamente, até que viu-se obrigado a procurar um especialista.

A visão ao longe era de tal modo diminuida, que a uns dez passos não podia reconhecer ninguem, distinguir um homem de uma mulher.

Não havia escotama nem lacunas no campo visual.

Ao exame ophtalmoscopico, nada se verificou de anormal.

Aconselhou-se-lhe a deixar definitivamente de fumar e de beber, sendo, nesta occasião, medicado convenientemente.

A 10 de Setembro, voltou á clinica. Cessou completamente o abuso do tabaco, e bebia muito menos.

O nevoeiro deante dos olhos estava muito menos obscuro, distinguia mais facilmente as pessôas que o cercavam, mas tinha ainda dyschromatopsia, e via sempre ós objectos coloridos de amarello.

Pela manhã tinha a pituita, e se queixava de alguns sonhos durante as noites. Decorreram-se algumas semanas, e no fim deste tempo, apresentou-se novamente dizendo achar-se restabelecido.

Outras vezes esta rapidez na evolução é apparente : um resfriamento, uma emoção muito viva, acceleram os accidentes num momento dado e os fazem então

surgir da latencia em que estavam. Habitualmente o inicio é lento e insidioso, não é possivel remontar á origem dos accidentes, porquanto é no fim de semanas e de mezes que os doentes deliberam consultar-se aos clinicos.

A lesão é bilateral e ataca simultaneamente os dous nervos opticos.

Todavia a desegualdade das lesões não é cousa muito rara, e até mesmo, por excepção, a unilateralidade pode existir.

Realmente, o começo por um só olho é talvez menos raro que se o não crê, porquanto na occasião habitual em que os doentes são advertidos, a lesão dupla já está constituida.

O que os incommoda e preoccupa é a existencia de um nevoeiro permanente que se estende sobre todos os objectos e dá uma visão turva e diffusa. A agudeza visual é diminuida, baixa lenta e progressivamente. O doente não reconhece mais na rua as pessôas de seu conhecimento, não distingue mais os numeros das ruas, etc. A visão aproximada é relativamente conservada a principio, todavia os trabalhos um pouco delicados tornam-se difficeis.

A perturbação visual, que é mais penosa quando os dous olhos são acommettidos, diminue quando vem o crepusculo. Existe nictalopia: visão mais distincta na penumbra do que numa viva illumina-

ção. A hyperesthesia retiniana resulta principalmente do esgotamento rapido do sentido luminoso.

O doente guia-se e orienta-se sempre facilmente porque o seu campo visual não está estreiatdo; a percepção peripherica fica intacta.

A leitura, o trabalho approximado são possiveis, si a refracção for corrigida; porem esta leitura dos grandes e medios caracteres se faz frequentemente por meio de grandes esforços da accommodação: donde fadiga rapida, phenomenos asthenopicos. Isto é devido ao enfraquecimento notavel do poder accommodaticio que não é proporcionado á edade dos doentes, donde o emprego de vidros correctores elevados que acabam por se tornarem inuteis com o tempo, tanto mais quanto o alcool, á semelhança de diversos venenos tanto chimicos como organicos, esgota a acção do musculo ciliar e o paresia. E' muito raro, todavia, as perturbações accommodaticias irem até á paralysia completa.

Certos doentes têm difficuldade de vêr os objectos de pequena dimensão particularmente os de coloração vermelha.

E' pelo exame do sentido chromatico que se caracteriza o diagnostico da amblyopia; é o signal confirmativo della.

O feixe macular é o mais lesado e só depois de um longo periodo da evolução pathologica, o doente apresentará um escotoma, isto é um eclipse visual

central correspondendo ao ponto de fixação. O escotoma é negativo, isto é, que o exame medico o descobre sem que o doente o accuse.

Frequentemente é incompleto ou, para empregar a expressão consagrada, é relativo.

O escotoma tambem existe para as côres. A principio a sensibilidade estando apenas embotada, ha hesitação ou erro para as côres fracas, as côres, mais tarde os tons, por sua vez, não são mais reconhecidos.

A primeira côr desconhecida é o verde visto cinzento ou esbranquiçado, depois o vermelho visto pardo, e que frequentemente é mal distincto do verde, podendo ser confundidos entre si; um certo tempo depois, numa segunda phase da affecção, o amarello, por seu turno, é tomado por branco. A noção do azul fica precisa na maior parte dos doentes e só se altera num periodo bastante adiantado da molestia, indicando desordens graves, ás vezes irremediaveis. O branco finalmente que impressiona por mais tempo o nervo optico, poderá acabar por perder a sua coloração tão caracteristica. O escotoma central é então total ou absoluto. Aqui o prognostico torna-se gravissimo e o doente acaba por perder a noção da zona de fixação: existe uma lacuna completa em seu campo visual.

A pesquiza da lacuna chromatica será feita com cuidado por meio de discos coloridos de um modo

claro, não excedendo 5 a 6 millimetros de diametro; porquanto é por ter feito uso de discos muito grandes que certos observadores deixaram passar despercebido o escotoma tão caracteristico e tão constante. Eis como se pratica:

Depois de bem illuminado o ambiente, faz-se fixar um ponto com um dos olhos; no ponto preciso de fixação acha-se o pequeno disco, encoberto por um anteparo que se o retira num momento dado, o doente accusa logo uma falsa sensação. Si se levar então o disco mais para fóra, o doente reconhecerá o seu erro a não ser que a affecção esteja aggravada, e então será preciso afastar o cartão colorido mais ou menos longe para a peripheria afim de obter a sensação exacta.

Outros clinicos procedem de um modo contrario: fazem chegar lentamente o disco da peripheria para o cento sobre um arco perimetrico e notam o momento em que a côr cessa de ser percebida francamente: é ainda o escotoma central que se encontra. Este escotoma differe claramente daquelle devido a uma lesão macular, porque este ultimo é absoluto.

Si se desenhar os limites da lesão, ella será percebida não arredondada, mas oval de grande eixo horisontal, estendendo-se um pouco para dentro da *fovea centralis* junto da mancha cega de Mariotte, invadida segundo a largura adquirida pelo escotoma.

Sabe-se, com effeito, que a alteração chromatica, á semelhança de uma mancha de oleo, vae sempre progredindo na direcção centrifuga, isto é, do centro para a peripheria.

A lesão fica por muito tempo limitada á zona de fixação, salAo os cosos de marcha rapida.

A dyschromatopsia em suporficie, sobre uma extensão maior ou menor do campo visual, apparece tardiamente. O verde e o vermelho são ainda os primeiros que pagam seu tributo e não são mais distinctos; depois vem a vez do amarello que é tomado pelo branco. O azul fica em ultima logar, e a sua noção subsiste parfeitamente na amblyopia sem lesão grave.

Frequentemente encontra-se a dyschromatopsia total para o verde e o vermelhõ antes de haver o escotoma central para o amarello e o azul principalmente.

A visão peripherica conserva se intacta nos casos mais communs porque o campo visual está normal e não está estreitado concentricamente nem excentricamente; nos casos contrarios a esta regra, convem tomar cautela.

A agudeza visual é sempre diminuida, mas nos casos de intensidade media, a diminuição não passa de 1/10 abaixo da normal. Segundo a antiguidade ou a gravidade do processo, ella oscilla entre 2/3, 1/1 e 1/10 pouco mais ou menos. Abaixo de 1/10 o

prognostico deve ser reservado, e então o escotoma peripherico pode existir para o amarello, para o azul tambem ; a dyschromatopysia para o vermelho e o verde é ás mais das vezes absoluta.

Na apreciação desta agudeza tomada para cada olho isoladamente, deve-se levar em conta as ametropias e alterações oculares possiveis, de causa estranha á intoxicação. Lembremos que não existe uma relação forçada entre as dimensões e a forma do escotoma e a diminuição de agudeza (de Wecker).

A refracção cuidadosamente corrigida, a leitura torna-se possivel para os medios caracteres ; mas por motivo do enfraquecimento do poder accommodaticio, o vidro a prescrever deve ser relativamente elevado, levando-se em conta a edade do paciente e o seu estado ametropico.

Que se encontra pelo exame objectivo do orgão visual ? A primeira vista nada, e entretanto seja-nos permittido dizer que em certos doentes uma conjunctivite um pouco particular chama a attenção do especialista e o põe sobre a trilha immediata do diagnostico.

Trata-se de um adulto, queixando-se de enfranquecimento da vista, e no qual se encontra as palpebras um pouco intumescidas e apresentando uma orla de blepharite chronica. No fundo de sacco inferior nota-se uma injecção muito pronunciada

com alguns vasos tortuosos; a conjunctiva bulbar apresenta tambem uma injecção moderada mas generalizada. Não ha perturbações funccionaes. Por este conjuncto, principalmente si a vascularização tende a invadir os tegumentos do nariz e da bochecha, o diagnostico de conjunctivite alcoolica ( profissional ou não ) terá sérias probabilidades de prevenir o pratico.

Os meios transparentes são normaes; o arco senil será entretanto ás vezes notavelmente precoce.

A pupilla pode apresentar modificações interessantes a notar: no alcoolata é dilatada moderadamente e o facto não é constante; no tabagico é mais frequentemente contrahida. Esta myosis faz parte dos symptomas habituaes da intoxicação nicotinica; trata-se de um espasmo, que cede mui rapidamente aos mydriaticos mais fracos. Devido á associação toxica, a pupilla apresenta modificações de mediocre importancia.

Por outro lado, a pupilla é sempre lenta a reagir, mais preguiçosa á impressão luminosa, o reflexo accommodaticio é conservado mas enfraquecido.

Procedendo-se ao exame do fundo do olho, quer pela imagem directa quer peta invertida, pouco ou nada se tem a assignalar, principalmente no começo da molestia. Esta discordancia entre as perturbações funccionaes accusadas e o resultado quasi negativo

do exame ophtalmoscopico é um dos grandes caracteristicos da affecção.

Uhtoff em sua estatistica de 130 casos obteve um exame negativo em cincoenta casos pouco mais ou menos; mas de ordinario as lesões são muito pouco manifestas, e é preciso um olho adestrado ou prevenido para descobril-as, a não ser que se trate de casos adiantados. De ordinario as lesões são nullas ou quasi nullas. Assignala-se ás vezes injecção papillar com algumas dilatações venosas apreciaveis. Esta congestão dá ao disco papillar um aspecto avermelhado, homogeneo, differente da coloração rosea physiologica. Esta congestão bem visivel, sobretudo pelo exame á imagem directa, não poderia ser confundida com uma nevrite, da qual se distingue pela nitidez absoluta das bordas, a ausencia de exsudatos ou de edema peripapillar. A retina tambem conserva a sua integridade absoluta, e num só caso Uhtoff acreditou dever attribuir á diathese pequenas hemorrhagias circumpapillares. Esta excepção confirma a regra.

Mui frequentemente, em uma phase mais adiantada, a papilla apresenta descoramento limitado em seu segmento externo ou temporal, facto evidente sobretudo pelo exame á imagem directa.

Os vasos têm seu calibre normal; jamais a região da macula apresenta lesões imputaveis á intoxicação.

Passemos agora a estudar a forma grave da amblyopia toxica.

As lesões do disco optico correspondem accidentes mais graves do que aquelles que acabamos de lembrar os caracteres; não são entretanto tão excepcionaes como os auctores o dizem.

No conceito de Trousseau, a gravidade é ás mais das vezes apparente do que real; mas entretanto observam-se, a despeito do tratamento, melhoras tão lentas quanto insufficientes, e por vezes até uma marcha progressiva para o processo atrophico, conforme se verifica da seguinte observação:

M. O..., de 54 annos, pardo, solteiro, carpinteiro, apresentou-se ao serviço clinico do nosso illustrado Mestre Dr. Santos Pereira, em fins de Maio de 1905. Não accusou nenhum antecedente syphilitico, mas fumava e bebia demasiadamente desde a edade de 18 annos.

Queixou-se-nos de uma diminuição muito accentuada da visão em ambos os olhos datando de 3 a 4 mezes pouco mais ou menos.

Este doente apresentava pupillas mediamente dilatadas e preguiçosas á luz. Pelos exames campimetrico e perimetrico, encontrou-se um escotoma central completo para as côres. A agudeza visual mediu O. D. V. = 1/20 O. E. V. = 1/15.

O campo visual estava ligeiramente estreitado nos segmentos externo e inferior.

As papillas descoradas. A agudeza visual não poude ser melhorada por nenhum vidro para a visão approximada.

A despeito de uma abstenção completa dos licôres alcoolicos e principalmente do tabaco, a visão foi continuamente declinando; as correntes continuas, a estrychnica, etc., foram inefficazes.

Examinamos o doente em 4 de Agosto pela ultima vez e encontramos:

A agudeza—1/50 a esquerda.

O doente contou os dedos a 2m, 50 a direita; nenhuma visão perfeita de perto era possivel; todas as côres foram confundidas. As papillas estavam manifestamente descoradas, os vasos retinianos pouco diminuidos de calibre.

O campo visual estava estreitado: para baixo a 40°; para fóra a 50°, para dentro a 40°. E por fim, o doente tornou-se um atrophico completo.

O doente apresenta uma diminuição extremamente pronunciada da agudeza visual que cahe muito abaixo de 1/10 e oscilla muitas vezes de 1/20 a 1/50. Em alguns doentes, a visão torna-se quantitativa: se a mede pela distancia na qual contam os dedos. Admitte-se que nos casos mais adiantados, os doentes vêm sempre para se guiar. Entretanto podem chegar a distinguir apenas o dia da noite: é a atrophia verdadeira com todas as suas consequencias

Nestes casos graves, a leitura até mesmo de grandes caracteres é impossivel, e facto significativo: nenhuma melhora poderá ser obtida pela correcção exacta do gráo de ametropia.

O escotoma central torna-se extenso principalmente para fóra e excede, por exemplo, 10 e 20° na maior parte dos meridianos. Existe um escotoma para o azul e até mesmo para o branco (escotoma absoluto) quando a affecção marcha francamente para a atrophia.

O campo visual para as côres, taes como o verde e o vermelho se estreita progressivamente e sempre excentricamente como em toda atrophia em evolução. Não somente o campo chromatico mas ainda o campo visual soffrem totalmente esta evolução, signal infallivel da gravidade não duvidosa da molestia, mas é principalmente na região externa que este estreitamente é accusado.

O paciente guia-se, orienta-se ainda, mas não passa disto. E' na atrophia completa e definitiva que o perimetro se reduz a seus extremos limites.

Ao exame abjectivo, pode-se encontrar a pupilla não somente preguiçosa mas até em alguns casos gravissimos, inerte á impressão luminosa, e o signal de Argill Robertson existe então, na maioria dos casos mais rudimentar do que absoluto, como fez notar o professor Charcot.

Ao ophtalmoscopio, a papilla apresenta, nos casos

menos adiantados, um descoramento temporal. Esta modificação, como fez particularmente notar com insistencia Santos Fernandez, é das mais uteis para distinguir de uma atrophia franca. As bordas da papilla, a choroide e a retina ficam ainda indemnes; mas, quando a lesão continúa a evoluir o descoramento tende a generalizar-se. O aspecto esbranquiçado vê-se perfeitamente pela imagem directa; os vasos perdem seu calibre, retrahem-se, e é então o quadro da dupla atrophia branca que se tem sob os olhos.

A estes phenomenos oculares graves, associam-se algumas vezes, mas de nenhum modo constante, outras desordens graves do systema nervoso, particularmente a amblyopia tabetiforme de Eperon com signaes de Argill Robertson, de Westphal, de Romberg, ataxia, dôres fulgurantes, etc.

Em summa, á amblyopia habitual e transitoria pode succeder uma amblyopia quasi definitiva ou de marcha ascensional e da qual a amaurose será o ultimo degráo sempre a temer, embora se a observe excepcionalmente na accepção completa da palavra.

V

## Evolução e Prognostico

A affecção de inicio surrateiro, ordinariamente symetrica, marcha lenta e progressivamente com alternativa deparada e de proseguimento. O progresso da molestia é caracterizado pelo augmento do escotoma. A principio evidente para o verde só, abrange em seguida as outras côres, só attinge o azul tardiamente e o branco nos casos graves. Nos casos de cura, a agudeza visual reapparece, a leitura dos pequenos caracteres, o reconhecimento de toda a gamma das côres torna-se possivel. O escotoma retrahe-se, a cura é centripeta, isto é da peripheria para o centro; é definitiva porém com uma condição absoluta: que o doente suspenda completamente o pernicioso habito. Ao menor excesso, uma recahida é imminente, o olho tornando-se um *locus minoris resistentiæ.*

A volta ao estado normal é possivel si a agudeza não estiver muito diminuida, e si não existir alteração papillar grave, sem o que a cura será relativa e reclamará cuidados muito prolongados; até mesmo em casos de apparencia graves (pseudo-atrophias),

a cura pode ser obtida, mas é preciso uma grande perseverança.

O prognostico é benigno em geral, mas pode tornar-se grave, gravissimo mesmo, e deve ser reservado, principalmente si o exame demonstrar grandes alterações.

Como elementos aggravantes citemos a influencia não duvidosa da tenra edade, do sexo, do máo estado geral e de uma hygiene incompleta.

A marcha da molestia deve inspirar receios quando o escotoma for absoluto; quando o campo visual peripherico estiver grandemente estreitado; quando a precepção do vermelho e do verde não existir mais; quando a agudeza visual attingir 1/20 e menos; finalmente quando os grandes e medios caracteres das escalas de leitura não forem mais reconhecidos.

Observação—G. L..., de 31 annos de edade, solteiro, pardo, soldado, de uma constituição forte e de um temperamento lymphatico, entrou no hospital em Maio de 1904, serviço clinico do Professor Dr. Santos Pereira.

Não accusou nenhum antecedente syphilitico ou alcoolico, mas fumava muito desde a edade de 15 annos.

A vista, sempre excellente, começou a baixar em Dezembro de 1903.

Ao exame objectivo, apresentava palpebras e

conjunctivas sãs, cornea transparente, iris sem alteração, pupilla dilatada e preguiçosa, reagindo muito pouco sob a influencia da luz.

Ao ophtalmoscopio, via-se o fundo do olho um pouco pallido, uma papilla normal, vasos volumosos e numerosos; em summa, nenhuma alteração.

CÔRES—A dyschromatopsia existia, porém em pequeno gráo.

Campo visual; o campo visual apresentava um ligeiro estreitamento nos dous olhos.

O exame da urina nada revelou.

TRATAMENTO:—Abstenção do tabaco; fricções mercuriaes, iodureto de potassio, injecçõos de estrychnina.

Em 20 de Junho, a vista parecia melhorar ligeiramente. Dahi por diante as melhoras foram se accentuando, até que em Julho o doente sahiu muito melhorado, para acabar o tratamento fóra do hospital.

Devemos dizer algumas palavras tambem sobre o prognostico geral, o qual é sempre sombrio. Os casos de intoxicação ocular precoces e graves coincidindo frequentemente com o alcoolismo grave e precedendo ás vezes os accidentes cerebraes: delirio, pseudo-paralysia geral, pseudo-tabes, etc.

## VI

# Diagnostico

Em presença de um adulto accusando uma diminuição da agudeza visual nos dous olhos ao mesmo tempo, convém sempre pensar na possibilidade de accidentes toxicos. Evita se assim um erro de diagnostico sempre prejudicial ao paciente. A pesquiza do escotoma central chromatico esclarece logo o diagnostico que é confirmado por um exame ophtalmoscopico negativo ou limitado ás lesões discretas de que já fallamos.

A's vezes o diagnostico é logo feito pela *facies* do doente, pelo cheiro de alcool que desprende o seu halito, pelo tremor de sua lingua e de suas mãos; mas, ordinariamente, reclama um interrogatorio demorado, uma averiguação feita com prudencia.

Sem estas precauções, o doente desconfiando pode responder negativamente a todas as perguntas que lhe são feitas, e o oculista pode ser inteiramente desviado para uma trilha falsa.

Um interrogatorio insistente e methodico é de rigor nos casos difficeis tratando-se da jovem edade ( casos precoces ), do sexo fraco, e finalmente da posição social do paciente. Não é conveniente que o

medico se deixe enganar pelo dito de um doente que accusa um olho só, desde quando as lesões podem evoluir desegualmente; nem tão pouco confiar no exame ophtalmoscopico em discordancia habitual com os signaes funccionaes.

Por outro lado, o reconhecimento ou a confissão de uma intoxicação geral não deve dispensar o exame aprofundado das perturbações visuaes ligadas á mesma causa.

Tem-se procurado distinguir, de um modo claro, a amblyopia acoolica da amblyopia nicotinica; mas o facto é que, exceptuando os symptomas geraes bem conhecidos, é este assumpto muitas vezes delicadissimo. Os signaes mais importantes são tirados do começo mais lento da amblyopia nicotinica com marcha progressiva e sem irregualaridades notaveis; da bilate alidade menos patente dos phenomenos, mas sobretudo da contracção da pupilla —mais dilatada no alcoolata; da ausencia de allucinações visuaes, diplopia ou polyopia proprios ao alcoolata; finalmente deste phenomeno particular descripto por Galezowsky como proprio aos nicotomizados, (queremos falar do contraste morbido successivo das côres). Um doente distinguirá esta ou aquella côr. Porém não tardará a se embaraçar, si estas côres lhe forem apresentadas successivamente e com rapidez: é a experiencia de physica realizada pelo disco de Newton.

* * *

Poucas affecções são, depois de um bom exame, susceptiveis de ser confundidas com a que nos interessa. Pode-se entretanto observar uma nevrite retro-bulbar aguda, *a frigore*, mas aqui verifica-se um começo subito, uma marcha rapida, uma atrophia frequente e precoce, um escotoma absoluto repentino e muito grande. Além disso, esta affecção observa-se numa edade pouco adiantada. E' habitualmente unilateral ; por ultimo, em se tratando de uma nevrite *a frigore*, o tratamento prophylactico ficará sem effeito.

A amblyopia saturnina, além dos antecedentes, tem a seu favor signaes frequentes de uma nevrite anterior, alterações patentes do campo visual, uma marcha mais rapida para o processo atrophico.

A amblyopia que sobrevem em certos diabeticos, caracteriza-se por uma desegualdade mais evidente nas lesões dos dous olhos, um escotoma absoluto, um campo visual ordinariamente estreitado.

Não é entretanto muito excepcional vêr-se estas duas ultimas amblyopias associadas áquella que constitue o nosso assumpto. Marcham parallelamente ; ao especialista compete reconhecer estes casos de apparencia anormal.

Mencionemos apenas os casos de amblyopia toxica pela quinina, o opio ou melhor a morphina, o iodo-

formio, a santonina, etc; a anamnése constitue o unico ponto de reparo.

Muito mais delicado a estabelecer pode ser o diagnostico com a atrophia tabetica em evolução, principalmente se phenomenos tabetiformes acompanharem a pseudo-atrophia; porém muito raramente, no caso da amblyopia toxica, o signal de Argill Robertson existe de um modo absoluto. As paralysias alcoolicas revestem subitamente o typo de ophtalmoplegia, poupando apenas o elevador da palpebra e o esphincter pupillar; o estreitamento do campo visual é mais tardio e incompleto. A dyschromatopsia não começa pelo amarello e pelo verde como no tabetico; finalmente existe um escotoma central relativo ou absoluto que falta neste ultimo. Seja qual fôr o rigor do tratamento seguido, a affecção vae progredindo e chega á cegueira total e incuravel. Lembremos finalmente nas pseudo-tabes a raridade das manifestações visceraes, constituindo dest'arte um elemento differencial de grande valor.

Em summa, o diagnostico é ás vezes dos mais embaraçosos, mas observando-se o doente e estudando-o sob todos os pontos de vista, chega-se a firmal-o com segurança.

VII

## Tratamento

O que ha de mais importante e indispensavel na cura de uma amblyopia toxica, é obter a suppressão radical e completa da causa da molestia. Deve-se ter grande empenho em fazer comprehender ao doente que a cura só poderá ser obtida por este meio. Outrosim, nada de medidas insufficientes, senão nunca se poderá chegar a um resultado satisfatorio. Pelo que diz respeito ao tabacco em particular, a proscripção deve ser de um rigor absoluto. Certos doentes carecem de energia necessaria, por isso é conveniente vigial-os de perto.

Ao lado desta abstenção, colloca-se a questão de hygiene, não menos importante. A dyspepsia será tratada pelos alcalinos e principalmente pelos amargos. A hydrotherapia será tambem muito util.

O repouso da vista será tão completo quanto possivel; o paciente deverá usar de oculos, e si tiver necessidade de trabalhar—vidros que corrijam exactamente a sua ametropia; contra o erythismo do systema nervoso, o chloral e os bomuretos serão prescriptos com vantagem.

A affecção resulta de um processo de esclerose, portanto nada mais natural, mais indicado e mais racional do que o uso regular do iodureto de potassio na dose media de 1,50 a 2 grammas por dia. Pode-se alternar com uma solução de noz vomica: 10 grammas de tintura para 300 grammas d'agua dada na dose de duas colheres de sopa por dia.

Certos oculistas recommendam no periodo incipiente as injecções de pilocarpina; tres injecções por semana.

O professor Panas recommenda o emprego das preparações mercuriaes.

Todos estes meios adjuvantes muito uteis cedem naturalmente o passo á hygiene e á abstenção dos productos toxicos.

Quando as lesões papillares estiverem constituidas, lutar-se-á contra ellas pelo emprego contínuo do iodureto de potassio e pelo uso moderado das injecções de estrychnica cuja dose que, no começo, será de 1 milligramma, poderá attingir a 4 milligrammas com o andar do tempo. Será conveniente, entretanto, apressar a tolerancia do individuo e suspender a medicação ás primeiras ameaças de intoxicação, para recomeçar mais tarde estas injecções.

Recorrer-se-á ao mesmo tempo ás correntes continuas descendentes de 6 a 8 elementos applicadas diariamente durante um quarto de hora: o pólo

negativo será collocado na região carotidiana, o pólo positivo nas palpebras fechadas.

Outro medicamento que tem dado bom resultado (como provam as observações registadas na these do Dr. Desgenetez ) é a antipyrina, que se emprega sob a fórma de solução a 50/100 em injecções hypodermicas na região dorsal, fazendo-se esta operação apenas de dous em dous dias.

Ao lado do tratamento medico curativo, devemos dizer algumas palavras sobre o tratamento prophylactico.

E' assim que todos os individuos expostos por sua profissão á absorpção de productos toxicos devem estar sempre prevenidos da gravidade dos accidentes. Deverão seguir uma hygiene tão regular quanto possivel, evitar todo excesso que apressaria a apparição de accidentes toxicos.

Quanto a prophylaxia do alcoolismo, uma vigilancia das mais rigorosas seria indispensavel. Infelizmente, encontra-se difficuldades quasi insuperaveis na pratica.

Taes são os meios efficazes pelos quaes deve-se lutar contra a amblyopia de origem toxica. Oppondo-se aos seus progressos, evita-se uma amaurose definitiva que constitue um verdadeiro desastre e que depende ás mais das vezes da má vontade do doente que da insufficiencia dos meios therapeuticos postos em pratica.

# PROPOSIÇÕES

*Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas*

## PROPOSIÇÕES

### Chimica Medica

I

O alcool ethylico, vinico, ou espirito de vinho, cuja formula chimica é $C^2H^6O$, apresenta-se-nos sob a forma de um liquido incolor, extremamente movel, de cheiro caracteristico.

II

E' um bom dissolvente e, como tal, depois da agua, o mais geralmente empregado.

III

Coagulando a albumina, o alcool oppõe-se á decomposição das materias albuminoides — o que justifica o seu uso quasi vulgar para a conservação dos tecidos putresciveis.

### Historia Natural Medica

I

Em certos animaes inferiores [Arthropodos) encontram-se olhos compostos ou de facêtas em cujo interior o nervo optico se expande em fórma de esphera, de onde partem milhares de fibras nervosas que divergem para superficie do orgão.

II

A denominação de olhos compostos é impropria, porquanto as facêtas ou pyramides visuaes de que elles se compõem não representam, em separado, a totalidade de um olho simples de Vertebrado.

III

E' por intermedio desses olhos que aquelles animaes gozam da *visão panoramica*.

**Anatomia Descriptiva**

I

O nervo optico encerra duas ordens de fibras e por consequencia dous feixes, que se designam sob os nomes de *feixe cruzado* e *feixe directo*.

II

As fibras que formam o feixe directo provêm da parte externa ou temporal da retina; as que constituem o feixe cruzado emanam de sua parte interna ou nasal.

III

Além dos dous feixes precitados, existe ainda, no nervo optico, um terceiro feixe, chamado *feixe macular*.

**Histologia**

I

A cornea compõe-se das seguintes camadas: 1.ª camada epithelial; 2.ª lamina elastica anterior

ou membrana de Bowman; 3.ª tecido proprio da cornea; 4.ª lamina elastica posterior ou membrana de Descemet ou de Demours; 5.ª endothelium.

II

A substancia propria da cornea ou tecido corneano é a sua parte essencial.

III

E' composta de fibras de tecido conjunctivo, que parecem-se continuar directamente com as da esclerotica como se as duas membranas fossem uma só.

**Physiologia**

I

E' a retina a membrana sensitiva encarregada de receber a impressão da luz.

II

A impressão luminosa dá-se sobre a superficie da retina applicada sobre a choroide.

III

Quando existe qualquer obstaculo á passagem dos raios luminosos até a retina, o phenomeno da visão não se realiza.

**Bacteriologia**

I

Os gonococcos de Neisser são bacterias pathogenas que se apresentam sob a fórma faseolar.

II

Existem normalmente na vagina da mulher.

III

São os agentes especificos da ophtalmia blennor rhagica.

**Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular**

I

Os collyrios são preparações pharmaceuticas que se applicam topicamente sobre o globo ocular.

II

São seccos, molles ou liquidos.

III

O collyrio de Rust tem por base o extracto de Saturno.

**Clinica Ophtalmologica**

I

A amblyopia quininica é ordinariamente provocada pela administração de doses excessivas de quinina.

II

Ao ophtalmoscopio, ella caracteriza-se por uma ischemia retiniana mui accentuada.

III

As papillas são muito pallidas, e os vasos centraes grandemente estreitados.

## Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

A syphilis é uma das causas mais frequentes das iritis.

II

Para o verdadeiro diagnostico desta affecção, nos casos de duvida, é necessario a anamnése e um exame detido no doente.

III

Esta manifestação syphilitica coincide geralmente com o apparecimento de accidentes secundarios, como a roseola, as placas mucosas, etc., etc.

## Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

O tecido da massa morbida no chalazio é composto de cellulas embryonarias de neo-formação e de alguns restos epitheliaes.

II

Foi nestas cellulas embryonarias degeneradas que Poncet encontrou um certo numero de micrococcos.

III

Estes microbios são de importancia secundaria na producção do chalazio.

### Pathologia Cirurgica

I

Quando a contusão tem por séde a região super-orbitaria, formam-se ecchymoses extensas, que não estão em proporção com a sua violencia.

II

A razão está no tecido cellular que é frouxo e abundante.

III

Quando tem por séde o globo ocular, pode produzir o hypohema.

### Pathologia Medica

I

O apparelho circulatorio é um dos que mais depressa se resentem dos effeitos do tabagismo.

II

As perturbações mais importantes e mais communs são: as palpitações, a arythmia, a intermittencia dos batimentos, a angina do peito ( angor pectoris ) etc.

III

As lipothymias o as syncopes são tambem communs nos fumadores.

### Clinica Cirurgica ( 2.ª cadeira )

I

Quando um corpo estranho se conserva como estava na cornea, determina uma photophobia intensa

e contracções espasmodicas do orbicular que difficultam o exame do olho e a operação.

II

As dôres são muitas vezes insupportaveis.

III

E' de absoluta necessidade a extracção do corpo estranho.

**Operações e Apparelhos**

I

A anaplastia tegumentar é uma parte importante da cirurgia reparadora.

II

Toma o nome de *autoplastia*, quando os materiaes da restauração são tirados do proprio doente.

III

A restauração da palpebra denomina-se *blepharoplastia.*

**Anatomia Medico-Cirurgica**

I

A orbita é formada por sete ossos e partes molles protectoras.

II

Tem a fórma pyramidal de base para diante e para fóra.

III

E' constituida de modo a proteger o delicado apparelho da visão.

### Therapeutica

I

A estrychnina é o alcaloide da noz vomica.

II

E' uma substancia eminentemente toxica, por isso deve ser manejada com muito criterio.

III

Dá optimos resultados nos casos de amblyopia toxica.

### Clinica Pediatrica

I

A ophtalmia purulenta dos recemnascidos apparece ordinariamente do terceiro ao quarta dia após o nascimento.

II

E' devida á falta de asseio da parturiente e da criança depois do nascimento, que se dá a inoculação do *morbus*.

III

Não sendo convenientemente tratada, o resultado será a perda completa da visão.

### Clinica Cirurgica (1.ª cadeira)

I

A contusão do globo ocular muitas vezes determina um derramamento sanguineo na dupla bainha do nervo optico.

II

Algumas vezes o fóco sanguineo se estabelece para traz do globo, èm derredor dos musculos.

III

O diagnostico destas lesões é quasi sempre impossivel no momento do accidente.

### Clinica Medica (1.ª cadeira)

I

Numerosas são as perturbações que o diabetes occasiona no orgão visual.

II

Provoca primeiramente a amblyopia diabetica.

III

Vêm em seguida a catarata diabetica; as paralysias da accommodação e as dos musculos extrinsecos do olho, depois as hemorrhagias do corpo vitreo e da retina, etc.

### Clinica Propedeutica

I

O exame ophtalmoscopico presta incontestaveis

serviços no diagnostico de grande numero de molestias.

II

Muitas vezes no *tabes dorsalis* um dos primeiros signaes que se apresentam ao clinico é a atrophia da papilla de nervo optico.

III

A triade symptomatica, constituida pelos signaes de Argill Robertson, Westpphal e Romberg, é de grande valor para o diagnostico.

### Hygiene

I

Os oculos destinados a proteger os olhos contra a luz viva, compõem-se, além da armação, de vidros coloridos de superficies parallelas, planos ou excavados em fórma de conchas.

II

A côr varia. O preto acinzentado ou amarellado merece a preferencia, porque attenúa a luz branca sem a decompôr

III

E' conveniente evitar o uso de oculos muito escuros; porque uma vez que o individuo os abandone, poderá sobrevir photophobia.

### Medicina Legal

I

Na occasião da morte a pupilla se dilata.

II

Algumas horas depois se contrahe.

III

Estes signaes têm alguma importancia em medicina legal quando se procura determinar o momento em que a morte se deu.

**Clinica Medica (2.ª cadeira)**

I

O mal de Bright pode determinar perturbações visuaes.

II

A mais frequente é a retinite albuminurica.

III

O seu apparecimento torna grave o prognostico da molestia causal

**Obstetricia**

I

O organismo da mulher durante a gestação, é séde de modificações importantes.

II

Estas podem ser geraes ou locaes.

III

Dentre as modificações geraes salientamos a amblyopia.

### Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

Observam-se algumas vezes nos recem-nascidos dacryocystites que se distinguem facilmente da ophtalmia purulenta por um exame methodico.

II

São devidas a uma obstrucção congenita do canal lacrymal.

III

Basta praticar uma vez o catheterismo do canal para curar a dacryocystite.

### Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

O *delirium trèmens* é uma das consequencias do alcoolismo chronico.

II

Geralmente manifesta-se durante uma malestia aguda, como uma pneumonia, erysipela, traumatismo etc.

III

A digitalis em alta dose tem dado optimos resultado no tatamento desta affeccão morbida.

*Visto.*

*Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia*, em 31 de Outubro de 1905.

O SECRETARIO

*Dr. Menandro dos Reis Meirelles.*